

**Beitrittserklärung**  
zum  
**Königreich Deutschland**  
und  
**Bekenntnis zur Verfassung**  
des  
**Königreiches Deutschland**  
**Genußrecht**

Lichtbild  
Antragsteller(in)

Lichtbild  
Person 2

**Antrag von** (Vorname/n und Familienname): \_\_\_\_\_

(intern) ID-Nummer:  und

**Antragsteller(in) 1**

Vorname(n):
Familienname:
Straße:
PLZ / Ort:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:
Telefon:
<b>* Freiwillige Angaben:</b> (Die Angaben werden vertraulich behandelt und helfen uns, Sie auf Ihren Wunsch hin bei unseren Aktivitäten effektiver einsetzen zu können)
Mobilfunk: *
E-Mail: *
Homepage: *
Beruf *
Tätigkeit *
Talente und Fähigkeiten: *

**Beitragszahlungen:**

Unsere Bankverbindung finden Sie auf unserer Internetseite.

Der/die Beigetretene erhält durch eine Zugehörigkeit und mit der Zahlung des Beitrages als das vertragliche Recht, verschiedene Leistungen des Königreiches Deutschland in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören der unbegrenzte kostenfreie Besuch von Gesundheitsschulungen und der Erhalt der DVD „Die Macht der Gedanken Teil I“, die Möglichkeit zur Allgemeinwohlförderung, die Nutzung unserer Kooperationsangebote und -plattformen, preiswerte Nutzung der Leistungen unserer Zweckbetriebe/Staatsbetriebe, die Möglichkeit sich mit Eigenleistungen einzubringen und anderes mehr.

Durch die Beitrittserklärung zum Königreich Deutschland haben alle Beigetretenen/Angehörigen Anspruch auf rechtliches Gehör vor einem deutschen Staatsgericht des Königreiches Deutschland oder einem deutschen Einzelrichter des Königreiches Deutschland. Damit können alle Streitigkeiten zwischen dem Königreich Deutschland und dem Beigetretenen/Angehörigen im Sinne des § 194 BGB vor einem deutschen Einzelrichter oder einem deutschen Staatsgericht des Königreiches Deutschland verhandelt werden.

Nebenabreden sind nicht geschlossen. Werden Nebenabreden geschlossen, bedürfen diese der Schriftform, insbesondere bietet das Königreich Deutschland dem Beigetretenen/Angehörigen zusätzliche Sach- und andere Leistungen z. B. in Form von Absicherung im Krankheitsfall, Ruhestandsleistungen, Kfz-Haftpflichtabsicherung u.a. Konkrete Vereinbarungen hierüber werden mit dem Angehörigen auf Wunsch gesondert geschlossen und stehen in Abhängigkeit zu diesem Vertrag.

Ich habe die Verfassung des Königreiches Deutschland angenommen und bekenne mich zu dieser. Mir ist bewußt, daß ich damit der Ordnung des Staatsoberhauptes des Königreiches Deutschland unterstehe.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

## **Antragsteller(in) 2**

Vorname(n):
Familienname:
Straße:
PLZ / Ort:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:
Telefon:
<b>* <i>Freiwillige Angaben:</i></b> (Die Angaben werden vertraulich behandelt und helfen uns, Sie auf Ihren Wunsch hin bei unseren Aktivitäten effektiver einsetzen zu können)
Mobilfunk: *
E-Mail: *
Homepage: *
Beruf *
Tätigkeit *
Talente und Fähigkeiten: *

### **Beitragszahlungen:**

Unsere Bankverbindung finden Sie auf unserer Internetseite.

Der/die Beigetretene erhält durch eine Zugehörigkeit und mit der Zahlung des Beitrages das vertragliche Recht, verschiedene Leistungen des Königreiches Deutschland in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören der unbegrenzte kostenfreie Besuch von Gesundheitsschulungen und der Erhalt der DVD „Die Macht der Gedanken Teil I“, die Möglichkeit zur Allgemeinwohlförderung, die Nutzung unserer Kooperationsangebote und -plattformen, preiswerte Nutzung der Leistungen unserer Zweckbetriebe/Staatsbetriebe, die Möglichkeit sich mit Eigenleistungen einzubringen und anderes mehr.

Durch die Beitrittserklärung zum Königreich Deutschland haben alle Beigetretenen/Angehörigen Anspruch auf rechtliches Gehör vor einem deutschen Staatsgericht des Königreiches Deutschland oder einem deutschen Einzelrichter des Königreiches Deutschland. Damit können alle Streitigkeiten zwischen dem Königreich Deutschland und dem Beigetretenen/Angehörigen im Sinne des § 194 BGB vor einem deutschen Einzelrichter oder einem deutschen Staatsgericht des Königreiches Deutschland verhandelt werden.

Nebenabreden sind nicht geschlossen. Werden Nebenabreden geschlossen, bedürfen diese der Schriftform, insbesondere bietet das Königreich Deutschland dem Beigetretenen/Angehörigen zusätzliche Sach- und andere Leistungen z. B. in Form von Absicherung im Krankheitsfall, Ruhestandsleistungen, Kfz-Haftpflichtabsicherung u.a. Konkrete Vereinbarungen hierüber werden mit dem Angehörigen auf Wunsch gesondert geschlossen und stehen in Abhängigkeit zu diesem Vertrag.

Ich habe die Verfassung des Königreiches Deutschland angenommen und bekenne mich zu dieser. Mir ist bewußt, daß ich damit der Ordnung des Staatsoberhauptes des Königreiches Deutschland unterstehe.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller(in)



Version: 19.07.2013

**Antrag zur Mitgliedschaft**  
**in der**  
**Deutschen Gesundheitskasse**

**DGK-Mitgliedsnummer(n):**

## 1. Angaben zum / zur Antragsteller(in)

(Betreffendes bitte ankreuzen)

Vorname(n) / Familienname

Geburtsdatum / -Ort

Titel

zur Zeit ausgeübter Tätigkeit

Nationalität

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

☐ m ☐ w

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

E-Mail

ggf. Homepage

**Familienstand:**

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit / Beschäftigung:**

**seit**

☐ Arbeitnehmer(in)

☐ Selbständige(r)

☐ Freiberufler(in)

☐ Beihilfeberechtigte(r) (z.B. Beamter)

☐ Rentner(in)

Name des Arbeitgebers

Telefon / Fax

E-Mail

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

## 2. Angaben zur mitbeitretenden Person

### Person 2

Vorname(n)

Familienname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

zur Zeit ausgeübter Beruf

Nationalität

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

☐ m ☐ w

**Familienstand:**

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

**Berufstätigkeit / Beschäftigung:**

**seit:**

☐ Arbeitnehmer(in)

☐ Selbständige(r)

☐ Freiberufler(in)

☐ Rentner(in)

☐ Beihilfeberechtigte(r) (z.B. Beamter)

Beziehung zur/zum Antragsteller(in) / Beitretenden

Kündigungstermin Ihrer (evtl.) bestehenden Krankenversicherung:

Gewünschtes Eintrittsdatum:

## 3. Sonstige Angaben und Fragen > Nachweis der Vorversicherung notwendig

**Bestand / besteht privater / gesetzlicher Krankenversicherungsschutz oder wurde einer beantragt?**

Antragsteller(in) / Person 2	Versicherer/Kasse	von ... bis ...	Krankheitskostenversicherung	mit allgem. Krankenhausleistungen	Krankentagegeldanspruch	Höhe in € und Beginn der Tagegeldleistung
Antragsteller(in)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Person 2			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Bestand / besteht eine soziale oder eine private Pflegeversicherung oder wurde eine beantragt?**

Antragsteller(in) / Person 2	Versicherer	von ... bis ...	Nachweis beigelegt
Antragsteller(in)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Person 2			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 4. Einzelvereinbarung

**Zusätzliche Angaben zur Beantragung von zusätzlichen Leistungen.**

**Ein aktueller Einkommensnachweis ist bei Beantragung von Krankentagegeld bei Antragstellung beizufügen.**

<b>Antragsteller(in)</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<b>Person 2</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)
<input type="checkbox"/> Freiberufler(in)	<input type="checkbox"/> Selbständige(r)	<input type="checkbox"/> Freiberufler(in)	<input type="checkbox"/> Selbständige(r)
Nettojahreseinkommen: ....., .. €	Bruttojahreseinkommen: ....., .. €	Nettojahreseinkommen: ....., .. €	Bruttojahreseinkommen: ....., .. €

## 5. Fragen zur Gesundheit

**Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der Platz nicht, antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe Ihres Vor- und Familiennamens sowie Ihrer Unterschrift und weisen Sie in dieser Beitrittserklärung darauf hin. Falls Sie Ihrem Berater gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der Deutschen Gesundheitskasse innerhalb von einer Woche schriftlich nachzuholen. Weisen Sie in dieser Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Sie sind verpflichtet, alle Inanspruchnahmen von Ärzten oder anderen Heilkundigen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand, die bis zur Annahme der Zugehörigkeit durch das Königreich Deutschland erforderlich sind bzw. eintreten, der Deutschen Gesundheitskasse umgehend schriftlich mitzuteilen.**

		Antragsteller(in)		Person 2	
		ja	nein	ja	nein
<b>1</b>	Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Pflegebedürftigkeit, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen (auch unerfüllter Kinderwunsch) - die nicht untersucht / behandelt wurden - oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) und/oder Heilmittel (KG, Massage) angewendet oder tragen/benutzen Sie Hilfsmittel (Hörgerät, Bandage, Rollstuhl, Gehhilfe,...)? → Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Bestand / besteht eine Fehlsichtigkeit? → Wenn ja, bitte Dioptrinstärke angeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Bestand / besteht ein körperlicher / organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine andere Art körperlicher / geistiger Einschränkung? → Wenn ja, bitte Grad der Behinderung angeben und Bescheid in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Besteht eine Schwangerschaft? → Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Körpergröße in cm: Körpergewicht in kg:	_____ cm _____ kg		_____ cm _____ kg	
<b>Fragen 12 - 15 nur beantworten, wenn Tarife mit zahnärztlichen Leistungen beantragt werden</b>					
<b>12</b>	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Finden zur Zeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer- (Zahn-) Korrektur statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden? → Wenn ja, ist ein aktueller Heil- und Kostenplan erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)? → Wenn ja, bitte Anzahl angeben. Bei mehr als drei fehlenden und nicht ersetzten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Sind fehlende Zähne durch Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays, Implantate, Zahnprothesen) versorgt, die älter als 10 Jahre sind? → Wenn ja, bitte Anzahl angeben. Bei mehr als drei versorgten Zähnen bitte aktuellen Zahnstatus vom Zahnarzt beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Sind Sie Vegetarier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Sind Sie Veganer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Sind Sie Rohköstler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Sind Sie Nichtraucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Sind Sie Gelegenheitsraucher? (3 - 5 Zigaretten in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Sind Sie starker Raucher? (regelmäßiger bis täglicher Konsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Trinken Sie regelmäßig (mehrmals in der Woche) Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-10 und 12-15, wenn mit "ja" beantwortet:

### Antragsteller(in)

Zu Nr.:	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt);	Beschwerden/Behandlungen	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

### Person 2

Zu Nr.:	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt);	Beschwerden/Behandlungen	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Ansprechpartner	Seit wann beschwerde-/behandlungsfrei?

Die Höhe des Beitrages im Hauptvertrag richtet sich auch nach den konkreten, gewünschten Leistungen in dieser Nebenabrede. Sie können wählen, welche Gebührenabrechnungsart (nach GOÄ und GOZ) mit Ärzten und Zahnärzten Sie wünschen.

Gewünschte Vertragsbedingungen des Antragstellers/ der Antragstellerin und der Person 2			Angenommene Vertragsbedingungen		
	Antragsteller(in)	Person 2		Antragsteller(in)	Person 2
Selbstbeteiligung über alle Bereiche (maximal 5.000,- €/Jahr)	€	€	Selbstbeteiligung über alle Bereiche (maximal 5.000,- €/Jahr)	€	€
Bis 2,3fach nach GOÄ			Bis 2,3fach nach GOÄ		
bis 1,7fach Gebührenordnung f. Zahnärzte			bis 1,7fach Gebührenordnung f. Zahnärzte		
bis 2,3fach nach GOZ			bis 2,3fach nach GOZ		
Kostenerstattung in % für Zahnbehandlung	%	%	Kostenerstattung in % für Zahnbehandlung	%	%
Zahnersatz	%	%	Zahnersatz	%	%
Kieferbehandlung	%	%	Kieferbehandlung	%	%

## 6. Besondere Vereinbarungen

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7. Zahlungsarten/Ihre Bankverbindung für Leistungserstattungen

### Beitragszahlung:

Sie können wählen zwischen ☐ Barzahlung ☐ Dauerauftrag (Wir empfehlen diese Zahlungsart)

### Ihre Bankverbindung für Leistungserstattungen:

IBAN-Code: \_\_\_\_\_

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_



## 8. Schlußerklärung

### Erklärungen des Antragstellers / der Antragstellerin, des / der Beitretenden

#### Einschränkungen der Leistungen

Die Gewährung von Leistungen beginnt nicht vor dem im Hauptvertrag genannten Termin, frühestens durch Zustandekommen des Vertrages. (Alle, bis zum Zustandekommen der Zugehörigkeit zum Königreich Deutschland und der DGK eintretenden gesundheitlichen Veränderungen, sind unverzüglich nachzumelden).

Ambulante und stationäre Untersuchungen oder Behandlungen im Krankenhaus, in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen und Muttergenesungskuren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung / der Abgabe der Beitrittserklärung bereits beabsichtigt oder angeraten sind bzw. die vom Zeitpunkt der Antragstellung / der Abgabe der Beitrittserklärung bis zum Zustandekommen des Vertrages / bis zum Beginn der Gewährung von Sach- und Leistungen beabsichtigt oder angeraten werden, sind nicht Gegenstand dieser Nebenabrede. Die Deutsche Gesundheitskasse behält sich eine eingehende Prüfung vor.

**Ein Rechtsanspruch auf Sach- und Unterstützungsleistungen besteht nicht.**

Die Leistungen werden nur im Inland gewährt und nur für Krankheiten, die im Inland erworben wurden und Unfälle, die im Inland geschehen sind. Für eine Auslandsabsicherung ist das Mitglied selbst zuständig.

Bei Behandlungen, **außer in akuten Notfällen**, die insgesamt ein Behandlungskostenvolumen von 1.000,- Euro überschreiten, ist eine vorherige Rücksprache mit der Deutschen Gesundheitskasse erforderlich.

Die Kosten für Krebsbehandlungen im Sinne der Schulmedizin sowie Organtransplantationen, Impfungen und deren Folgekosten werden nur in Ausnahmefällen erstattet. Voraussetzung zur Leistungsgewährung bei Krankenhausgeburten ist der Besuch des Seminars "Entwicklungsgesetze des Lebens".

Leistungen für Zahnarzt- und Zahnersatzbehandlungen sind beschränkt: bis Ende des 1. Jahres 1.000,- Euro / bis Ende des 2. Jahres 2.000,- Euro / bis Ende des 3. Jahres 3.000,- Euro / bis Ende des 4. Jahres 4.000,- Euro / bis Ende des 5. Jahres 5.000,- Euro.

#### Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags / Inhalt der Beitrittserklärung

Die Fragen in dieser Nebenabrede sind nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch die für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann die Deutsche Gesundheitskasse vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern.

#### Beitragsrückerstattungen

Wurden für 2 Jahre keine Leistungen in Anspruch genommen, erstattet die DGK einen Monatsbeitrag zurück. Nach 3 Jahren 2 Beiträge, nach 5 Jahren 3 Beiträge, nach 7 Jahren 4 Beiträge und nach 10 Jahren 5 Beiträge.

#### Mindestvertragslaufzeit

Die Mindestvertragslaufzeit beläuft sich auf 18 Monate.

#### Kündigung

Es besteht eine Kündigungsfrist von 3 Monaten. Im Fall einer Beitragserhöhung besteht ein fristloses Sonderkündigungsrecht.

#### Zahlungsverzug

Sollte der vereinbarte Beitrag nach **2 Monaten** noch nicht beglichen sein, folgt die erste Mahnung (1,50 Euro pro Monatsbeitrag), nach **3 Monaten** ausgebliebener Beitragszahlung die zweite Mahnung (2,50 Euro pro Monatsbeitrag).

#### Aufsicht

Etwaige Beschwerden können an das Königreich Deutschland Deutsche Gesundheitskasse, Pestalozzistr. 14, 06886 Lutherstadt Wittenberg gerichtet werden.

#### Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, daß das Königreich Deutschland - soweit hierzu ein Anlaß besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand bei meinen ehemaligen oder bestehenden Krankenversicherern und auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Absicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht - und zwar über meinen Tod hinaus - und ermächtige sie, der DGK und dem Verein die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung erlischt **fünf Jahre** nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, daß der Gewährsgeber der Leistungen zur Beurteilung auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Leistungen mache oder die aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ersichtlich sind. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Absicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mit zu unterstützenden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

#### Datenschutz

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

#### Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht des Königreiches Deutschland.

#### Zugehörigkeit

Auch bei Nichtaufnahme in die DGK ist die Zugehörigkeit zum Königreich Deutschland wirksam geworden.

Sollten Sie diese Zugehörigkeit nicht wünschen, bitten wir um eine schriftliche Benachrichtigung.

Die Beitrittserklärung zum Königreich Deutschland und das Bekenntnis zur Verfassung bewirkt die Zuständigkeit des Königreiches Deutschland in allen Belangen gemäß der Verfassung des Königreiches Deutschland und nachrangiger Gesetze. **Inbesondere untersteht der Angehörige der Deutschen Verfassung, den Deutschen Gesetzen und der Deutschen Gerichtsbarkeit des Königreiches Deutschland.** Der Angehörige erkennt mit seiner Unterschrift die Statuten der Deutschen Gesundheitskasse an.

**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag und in dieser Beitrittserklärung auf deren Richtigkeit. Wir bitten Sie, jegliche Änderungen dem Königreich Deutschland oder der DGK unverzüglich zu melden.**

Ort und Datum

Unterschrift(en) der/des Beitretenden/der Antragstellerin/des Antragstellers/der abgesicherten Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche(r) Vertreter

Antrag angenommen: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Deutsche Gesundheitskasse

## 9. Über welche Quelle(n) haben Sie von uns erfahren?

☐ Internet

☐ Freunde/Bekannte

☐ Seminare/Vorträge

☐

☐ Sonstige \_\_\_\_\_

## Die Anlage ist Vertragsgegenstand

Um Ihren individuellen oder auch religiösen Bedürfnissen entsprechen zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Mehrfachauswahl möglich):

Person 1	Person 2	
		<b>1. Welche Therapie wünschen Sie im Falle der Diagnostizierung einer Krebserkrankung?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schulmedizinische Behandlung (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	homöopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteopathische Behandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Heilpraktikerbehandlungsart
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung nach Traditionell Chinesischer Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapie in einem alternativen Krebsbehandlungszentrum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geistheilung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigenbehandlung in Selbstverantwortung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
		<b>2. Welche Behandlung wünschen Sie im Falle der Diagnose eines bevorstehenden Organversagens mit angeratener Organtransplantation (was im Behandlungsfalle dann auch eine Bluttransfusion mit sich bringen würde)?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation mit Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation ohne Bluttransfusion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abwarten und Ernährungs- und Lebensweise umstellen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abwarten und eventuell ein Sterben in Kauf nehmen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geistheilung durch einen angeratenen Heiler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapie in Eigenbehandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung in einem alternativen Behandlungszentrum, ohne die durch den Arzt angeratene Organtransplantation
		<b>3. Welche Entbindungsart wünschen Sie im Falle einer Schwangerschaft?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normale Krankenhausentbindung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wassergeburt im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entbindung im Geburtshaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entbindung mit einer Hebamme im eigenen Haus / in der eigenen Wohnung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige
		<b>4. Wie wollen Sie bei der Diagnose einer chronischen Krankheit behandelt werden?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf schulmedizinische Art
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durch einen Heilpraktiker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durch einen Geistheiler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung durch einen Geistlichen Ihres Glaubens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige, bitte eventuell selbst näher ausführen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller und Person 2

# Ausfüllhilfe zum Antrag für die Deutsche Gesundheitskasse

	<b>Legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:</b>
a)	Kopien der kompletten Unterlagen mit den konkreten Durchführungsbestimmungen Ihrer bisherigen Krankenversicherung
b)	Beitrittserklärung zum Königreich Deutschland und Nebenabrede der „Deutschen Gesundheitskasse“
c)	Lichtbild beifügen nicht vergessen!

## **Punkt 1    Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin**

Geben Sie hier Ihre persönlichen Daten ein. Wichtig ist, daß alle Punkte davon vollständig ausgefüllt werden.

## **Punkt 2    Angaben zu mitbeitretenden Personen**

Hier können Sie eine weitere Person eintragen wie beispielsweise den Ehepartner und/oder Kinder.  
Ist eine weitere Person eingetragen, bekommt diese Person eine eigene Karte mit eigener Nummer.

## **Punkt 3    Sonstige Angaben und Fragen**

Geben Sie hier entsprechende Angaben zu bisherigen oder laufenden Versicherungen ein.

## **Punkt 4    Einzelvereinbarung**

Geben Sie hier entsprechende Angaben zu Ihrer Selbständigkeit bzw. Ihrem Angestelltenverhältnis ein.  
Legen Sie dazu bitte eine Kopie Ihrer aktuellsten Einkommensbescheinigung bei.

## **Punkt 5    Fragen zur Gesundheit**

Hier tragen Sie in den Punkten 1 – 14 ein, welche Kranken(dienst)leistungen Sie bisher in Anspruch genommen haben (Tabelle 1+2). Diese Punkte sind wichtig, um Ihren derzeitigen Gesundheitszustand besser beurteilen zu können.

### **a)    Gewünschte Vertragsbedingungen des Antragstellers auf Leistungen**

Hier schreiben Sie Ihre gewünschten Abrechnungsarten ein; 1,7- oder 2,3facher Satz nach Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) / Gebühren Ordnung für Zahnärzte (**GOZ**)

### **b)    Angenommene Vertragsbedingungen des Antragstellers auf Leistungen**

Hier schreiben wir die Abrechnungsarten ein, die wir für Sie übernehmen können.

Was ist die **Gebühren-Ordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ)**?

Die **GOÄ** bzw. **GOZ** gibt vor, welchen Abrechnungsfaktor der Arzt für eine bestimmte Behandlung anwenden kann.

**Bsp.:** 2,3facher Satz nach GOÄ/GOZ: Kostet eine Leistung des Arztes im Grundpreis 100,- Euro, kann er bei einem veranschlagten Satz von 2,3 Ihnen als Patient 230,- Euro berechnen (100,- € x 2,3).  
Der 2,3fache Regelsatz stellt die von uns erstattungsfähige Obergrenze dar.

## **Punkt 6    Besondere Vereinbarungen**

Dieser Punkt wird von unseren Mitarbeitern – nach telefonischer Absprache mit Ihnen – ausgefüllt. Dabei können Sie ggf. weitere Wünsche und Anregungen zu den vertraglichen Bedingungen der vorherigen Krankenkasse und der Beitragsfestsetzung mit uns aushandeln.

## **Punkt 7    Beitragszahlung**

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Art der Beitragszahlung an.  
Bei Änderung der Bankverbindung informieren Sie uns bitte schnellstmöglich.

**Bitte beachten Sie, daß manuelle Überweisung nicht möglich ist.**

## **Punkt 8    Schlußerklärung**

Lesen Sie sich diesen Punkt bitte sorgfältig - ggf. mehrfach - durch. Hier wird konkret erläutert, welche Leistungen die Deutsche Gesundheitskasse bietet, bzw. nicht bietet.

## **Punkt 9    Über welche Quelle(n) haben Sie von uns erfahren?**

Hier können Sie ankreuzen, durch welche Informationsquelle(n) Sie über uns erfahren haben. Dies hilft uns einzuschätzen, wo und wie wir effektiver arbeiten können.